

瑞健保発第22号
令和3年10月1日

任意継続被保険者様

みづほ健康保険組合
理事長 北嶋 一郎
(公印省略)

インフルエンザ予防接種補助事業の実施について

平素は、当健康保険組合の事業運営につきまして、格別のご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、本年度の疾病予防事業の一環としてインフルエンザ予防接種補助事業を下記「令和3年度インフルエンザ予防接種補助事業実施要領」により実施することといたしましたのでご案内いたします。

記

令和3年度インフルエンザ予防接種補助事業実施要領

本事業は、みづほ健康保険組合の被保険者及び被扶養者の健康の保持増進に資するため、疾病予防事業の一環としてインフルエンザ予防接種者に対してその費用の一部を補助しインフルエンザの予防と重症化の防止を図るとともに医療費の削減に寄与することを目的とする。

1. 対象者 被保険者及び被扶養者
2. 実施期間 令和3年10月～令和4年1月
3. 実施場所 最寄りの医療機関又は保健所等において接種を受けてください。
4. 補助金額 一人年度内1回 1,000円を限度とします。
(注) 予防接種が2回接種法の場合も、2回接種で1セットのため、補助は1回とします。
5. 補助金請求方法
任意継続被保険者は、別紙「インフルエンザ予防接種補助金請求書」(任継者用)に、領収書(原本)を添えて、みづほ健康保険組合に請求する。
6. 請求書受付期限 令和4年2月25日(金)まで

(任継者用)

支給決定欄	伺の日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	係	係
	支給決定額	円				
	補助金算定基礎		内訳	被保険者	被扶養者	合計
				名	名	名

インフルエンザ予防接種補助金請求書

被保険者証 記号番号	—	被保険者氏名	Ⓔ
住所	〒 —	電話番号	— —
接種を受けた方の氏名	区分	第1回接種年月日	接種した医療機関名
		第2回接種年月日	
	本・家	令和 年 月 日 令和 年 月 日	
	本・家	令和 年 月 日 令和 年 月 日	
	本・家	令和 年 月 日 令和 年 月 日	
	本・家	令和 年 月 日 令和 年 月 日	
	本・家	令和 年 月 日 令和 年 月 日	

【注意事項】

- 実施期間 令和年3年10月1日から令和4年1月31日
- 請求受付期限 令和4年2月25日（金）
- 補助金の額 実施期間内に1回のみ1,000円を限度として補助します。ただし、予防接種費用（自己負担額）が補助限度額に満たない場合は、実際に要した費用までとします。（※予防接種が2回接種法の場合は、2回接種で1セットのため補助は1回とします。）
- 添付書類 予防接種を受けた方の氏名、予防接種を受けた年月日、インフルエンザ予防接種であることが記載された領収書（原本）を裏面に貼付してください。
- その他 資格喪失日（期間満了、再就職、保険料未納喪失等）以後の接種による補助金請求はできません。

補助金振込先（被保険者本人の口座に限ります。）

金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義人
		普通 当座		フリガナ
金融機関コード	支店コード			

上記のとおり請求します。 令和 年 月 日

みづほ健康保険組合理事長 殿

受付日付印